

PARIS VII ANNEE 1971

THÈSE

NO

54

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René, André DORE

né le 5 Août 1933 à VERSAILLES (78)

Présentée et soutenue publiquement le

LES FAUSSES TUMEURS BENIGNES DE L'ESTOMAC
A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS

Président : M. J.J. BERNIER, Professeur.

PARIS VII ANNEE 1971

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René, André DORE

né le 5 Août 1933 à VERSAILLES (78)

Présentée et soutenue publiquement le

LES FAUSSES TUMEURS BENIGNES DE L'ESTOMAC
A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS

Président : M. J.J. BERNIER, Professeur.



A mes parents ,

A mes amis ,

Monsieur Bernard BALZIA, In memoriam

Monsieur Régis GOYET.

A tous ceux qui , par leur gentillesse , leur amitié , m'ont aidé dans la
poursuite de ma tâche .



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur Agrégé Jean-Jacques BERNIER,

Médecin des Hôpitaux de PARIS ,
Chef de Service à l'Hôpital LARIBOISIÈRE ,
Chevalier de la Légion d'Honneur ,
Croix de guerre 1939 - 1945 ,
Médaille de la Résistance ,
Médaille de la Santé Publique .

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse .

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et
l'assurance de notre haute considération .

A Monsieur le Docteur Philippe PARIENTE ,

Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS ,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de PARIS ,
Chef du Service de Médecine Interne au Centre Hospitalier
de GONESSE ,
Croix de guerre 1939 - 1945.

Il nous a reçu comme interne dans son service .

La clarté de son enseignement , ses conseils bienveillants ,
nous ont permis de progresser dans l'étude de la médecine
interne .

Il nous a inspiré ce travail et nous a constamment guidé
dans sa réalisation .

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère admiration et
le témoignage de notre profonde gratitude .

A Monsieur le Docteur Marcel LIBESKIND ,

Il nous a reçu dans son service et nous a initié à la
médecine hospitalière .

Il a mis à notre disposition , avec une très grande bien-
veillance , les dossiers de certains de ses malades , pour
la réalisation de ce travail .

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère gratitude .

A Monsieur le Docteur Jean-Claude PETITHORY,

Il nous a reçu avec bienveillance au Laboratoire du Centre Hospitalier de GONESSE.

Le travail dans son service et ses conseils nous ont permis de découvrir les possibilités actuelles de la biologie.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pierre LORDEZ ,

Il nous a montré les joies et les difficultés du médecin de famille .

Son enthousiasme , son sens du "service des malades" dans l'exercice de la médecine praticienne , ont été pour nous un exemple .

Qu'il reçoive ici l'expression de nos sentiments reconnaissants .

A Monsieur le Docteur Claude TAVERNIER,

Son enseignement, ses conseils, nous ont fait découvrir les possibilités actuelles du radiodiagnostic, et ses perspectives.

Qu'il trouve ici l'expression de nos sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur Pierre DIVRY,

A Monsieur le Docteur René-Jean SONSINO,

Assistants du service du Docteur TAVERNIER,

Leur aide et leur assistance technique nous ont été précieuses dans la réalisation de ce travail.

A Madame le Docteur Paulette GUYET-ROUSSET,

Sa contribution à la réalisation des coupes microscopiques et des schémas contenus dans cet ouvrage nous a été des plus précieuses, ainsi que ses conseils concernant l'étude anatomo-pathologique.

Qu'elle trouve ici, avec notre vive reconnaissance, l'expression de nos sentiments respectueux.

A mes maîtres des Hôpitaux de PARIS :

A Monsieur le Professeur Jean BERNARD ,
avec ma respectueuse admiration .

A Monsieur le Professeur Michel LAMOTTE ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Marcel CACHIN ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Jean PERROTIN ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Henri BROCARD ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Maxime SELIGMANN ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Pierre MOLLARET ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Robert DEGOS ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Paul MORIN ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Raymond GARCIN ,
en respectueux hommage .

A Monsieur le Professeur Lucien BRUMPT ,
en respectueux hommage .

A Mademoiselle Jeanne PANNETIER,

Assistante au Laboratoire du Centre Hospitalier de GONESSE.

A Monsieur le Docteur Marc HIRSCH,

Assistant du service du Docteur PARIENTE.

A mes collègues, Mademoiselle Maddy BENAMARA,
Mademoiselle Dominique LEROÏLE,
Mademoiselle Laurence OLIVRY,
Monsieur Didier ARON,
Monsieur Paul CHATON,
Monsieur Jean-Pierre PERRIN,

dont l'amitié nous a facilité la réalisation de ce travail.

A Madame BOUGET, Surveillante,

Aux Infirmières,

Aux Infirmiers,

et au personnel du Service du Docteur Philippe PARIENTE.

A tout le personnel de Laboratoire du Service du Docteur Jean-Claude PETITHORY.

Qu'ils reçoivent l'assurance de notre souvenir le meilleur.

INTRODUCTION

Le diagnostic différentiel des tumeurs bénignes de l'estomac a toujours posé pour le clinicien un problème complexe : est-on en droit d'en affirmer la bénignité devant l'ensemble des signes cliniques, radiologiques, endoscopiques et même anatomo-pathologiques ?

C'est là le problème majeur. L'on sait en effet le caractère assez imprécis de certaines d'entre-elles et la possibilité de dégénérescence qu'elles peuvent présenter. De plus leur présence n'exclut pas une prolifération maligne in situ encore inapparente. C'est pourquoi la tendance générale, parfaitement justifiée, est la laparotomie exploratrice avec, si possible, une exérèse large de toute tumeur bénigne ou apparaissant comme telle.

Cependant, nous avons été amenés à recueillir dans les Services de Monsieur PARIENTE et de Monsieur LIBESKIND, au Centre Hospitalier de Gonesse, les observations de trois malades, dont la symptomatologie, que l'on sait d'ailleurs assez fruste, mais surtout les images radiologiques, militaient en faveur de telles néoformations bénignes.

Il est certain que si le contexte clinique l'avait permis, une sanction chirurgicale aurait été l'aboutissement final de ces investigations, ce qui n'a d'ailleurs été possible que pour l'un des malades.

Cependant, et c'est ce qui fait l'objet de notre propos, l'exérèse chirurgicale (avec examen anatomo-pathologique) pour une observation, la vérification nécropsique pour la deuxième et l'évolution de la lésion pour la troisième ont, dans ces trois cas, infirmé notre diagnostic initial de tumeur bénigne gastrique.

OBSERVATIONS CLINIQUES

1ère OBSERVATION

Monsieur G. Emile, âgé de 67 ans, est entré le 22 Mai 1970 dans le Service de Monsieur PARIENTE, au Centre Hospitalier de Gonesse, pour une cure de désintoxication éthylique.

Ce malade, ancien électricien de la S.N.C.F., a mal supporté le choc psychique de la mise à la retraite et, depuis ce temps, trouve dans l'alcool un dérivatif à son ennui. Ce début d'intoxication agit surtout sur son comportement. Depuis six mois environ, il devient très susceptible, coléreux, voire agressif avec son entourage. A la suite d'une violente querelle familiale survenue récemment, Monsieur G. décide de réagir et demande à suivre une cure de désintoxication exogène.

Dans les antécédents, il est noté sur le plan chirurgical, la cure d'une hernie inguinale en 1924.

Sur le plan médical, le malade signale une douleur articulaire mal définie au genou gauche en 1940, et ayant rétrocedé après un traitement non spécifié de deux mois ; cette affection laisserait comme séquelles quelques douleurs sporadiques à l'effort, mais survenant en définitive assez rarement. En revanche, à la suite d'une grippe avec fièvre prolongée, découverte par son médecin traitant, d'une thrombose coronaire en 1965. Monsieur G. n'a pas été alors hospitalisé mais a longtemps été traité par les anticoagulants (Pindione et Coumadine). A son arrivée il reçoit chaque jour 12 mg. de Coumadine et est équilibré avec un taux de prothrombine à 30 %.

L'examen d'entrée montre un malade présentant un état général florissant, avec tendance à l'obésité (poids de 67,50 kg pour 1,59 m.), une tension artérielle à 13 de maxima et 8 de minima, un pouls à 76. Teint coloré mais sans varicosités des pommettes. Les conjonctives sont subictériques. Le malade est calme, d'abord psychologique facile.

Il signale, le matin au réveil, des malaises à type de lipothymies qui sembleraient s'être accentués en fréquence ces six derniers mois.

Il n'y a pas de signes fonctionnels digestifs : pas de brûlures, pas de pituites matinales, pas de douleurs épigastriques, ni de vomissements. L'appétit est conservé.

Sur le plan cardio-vasculaire, les bruits du coeur sont sourds, mais réguliers. Pas de souffle audible, ni de bruits surajoutés.

Les pouls périphériques sont bien perçus au niveau des artères fémorales, poplitées, tibiales postérieures et pédieuses, où ils sont retrouvés symétriques et bien frappés. Les carotides sont battantes et l'auscultation ne perçoit pas de souffle audible.

Concernant l'appareil respiratoire, l'examen clinique est strictement normal. Pas d'anomalie à la percussion, ni à l'auscultation thoraciques.

L'abdomen est souple, non douloureux, mais présente un pannicule adipeux important. Il n'est pas trouvé de splénomégalie, mais en revanche, une hépatomégalie avec foie débordant de deux travers de doigt le rebord costal et mesurant 16 cm, sur la ligne médio-claviculaire.

On ne note pas de circulation veineuse collatérale sur l'abdomen, pas plus d'ailleurs que sur le thorax, où l'on décèle seulement la présence de quelques taches rubis.

Sur le plan neurologique, le malade signale des crampes nocturnes dans les mollets entraînant son réveil, mais survenant assez rarement, une fois par mois environ. Pas de paresthésies, ni de troubles moteurs, ni de troubles objectifs de la sensibilité. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents aux membres supérieurs et inférieurs. Pas de signe de Babinski. Les paires crâniennes explorées ne présentent pas d'anomalies.

Les aires ganglionnaires sont libres, pas de ganglion de Troisier.

Le toucher rectal montre une prostate de volume normal, avec un sillon médian respecté.

Des examens complémentaires biologiques et radiologiques sont alors demandés, afin de mettre en évidence les répercussions possibles de ce début d'intoxication éthylique sur l'organisme du malade.

La numération globulaire montre 4 390 000 globules rouges par mm³ et 3 500 blancs, avec 12,5 d'hémoglobine, un hématoците à 41 % soit une C.G.M.H. à 30,5 g et une T.G.M.H. à 28 micro microgrammes. La formule sanguine ne présente rien de particulier.

La vitesse de sédimentation est à 15 mm. à la première heure et à 36 mm. à la seconde. L'urée est normale avec 0,35 g/l. En revanche la glycémie à jeun est à 1,21 g/l. Le taux de prothrombine est à 63 % avec 12 mg. de Coumadine par jour. Il n'est pas décelé de protéine, de glucose ni d'acétone dans les urines.

Le cholestérol total est à 2,90 g/l. Les protides totaux sont abaissés à 58 g/l. La sérum-albumine est à 40 g/l. et les globulines à 18 g/l. L'électrophorèse des protéines est normale. La bilirubine totale est à 8 mg/l. Les T.G.P. sont à deux unités Bodansky et les phosphatases à 3 U.

Une nouvelle glycémie à jeun pratiquée le 26 Mai, montre un chiffre de 1,20 g/l. de glucose. Pas de glycosurie.

Cette glycémie à jeun un peu élevée fait pratiquer une hyperglycémie provoquée qui se révèle anormale, avec une flèche à 2,16 g et un chiffre de 1,29 g dans le dernier échantillon. On note la présence de glucose dans les trois derniers échantillons d'urine.

L'E.C.G. montre une légère sous-dénivellation du segment ST en V3, pas d'onde Q.

Sur le plan radiologique, le cliché pulmonaire montre un petit comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche avec ligne bordante pleurale. On note un étalement de la silhouette cardiaque avec un bord droit mal visible.

Un transit oesophago-gastro-duodénal est pratiqué à la recherche d'éventuelles varices oesophagiennes (Dr. TAVERNIER).

Il décèle une petite hernie hiatale cardio-oesophagienne par glissement, sans reflux oesophagien, mais surtout met en évidence, au niveau de l'antrum pré-pylorique, une petite image lacunaire de face, régulièrement arrondie, à bords nets, d'environ 10 mm de diamètre, avec un centre opaque arrondi de 2 mm de diamètre ; ainsi est

réalisée une image en cocarde rappelant celle des schwannomes (radiophoto n° 1). Il n'y a aucun trouble fonctionnel antral ni pylorique.

Le traitement anticoagulant est alors stoppé en vue d'une gastroscopie pour préciser l'origine de cette image et, dans la mesure du possible, pratiquer une biopsie.

Au total, Monsieur G. est donc un malade venu volontairement pour subir une cure de désintoxication éthylique, pour un oenolisme débutant en rapport avec son changement d'activité et chez lequel l'examen découvre :

- 1° - un diabète latent sans doute responsable des lipothymies matinales,
- 2° - une image de tumeur bénigne de l'antre.

Après l'arrêt des anticoagulants et avec un taux de prothrombine revenu à 100 % après administration de Vitamine K1, l'endoscopie est pratiquée par le Dr. DEPORTE, le 1er Juin 1970.

Introduction aidée du gastrofibroscope.

"La cavité gastrique est absolument normale. On repère facilement, au niveau de la grande courbure, vers la partie moyenne de sa portion horizontale, et semble-t-il, plutôt au niveau de la partie adjacente de la face postérieure, l'existence d'un polype de petite taille, à pédicule épais, allongé dans le sens de l'antre. Ce polype est distal et la queue du pédicule se trouve à un ou deux centimètres en amont. Il est recouvert d'une muqueuse absolument normale, comme celle qui recouvre le pédicule ; il comporte à son sommet une toute petite ombilication, sans ulcération".

Une biopsie a été pratiquée : elle a pu atteindre la base du polype mais, en raison des difficultés techniques et du caractère parfaitement normal de la muqueuse de recouvrement, il n'a pas été jugé nécessaire de faire d'autres prélèvements.

En conclusion, il s'agit d'un petit polype antral, prolongé par un pédicule large et court. La muqueuse de recouvrement est parfaitement normale. L'aspect est bénin dans l'ensemble. Le reste de la cavité gastrique ne présente pas d'anomalie.

L'examen anatomo-pathologique du fragment biopsié, pratiqué par le Dr. GUYET-ROUSSET, montre un très petit fragment de muqueuse gastrique intéressant assez superficiellement le tissu glandulaire.

Aucun remaniement inquiétant, aucun élément suspect de malignité ne sont notés sur les lames examinées.

Malgré l'absence de signes cliniques, le Dr. PARIENTE conseille au malade d'en faire pratiquer l'exérèse. Pour des raisons familiales, Monsieur G. demande à la différer. Entre-temps le traitement à l'Espéral est commencé et bien supporté par le malade à la dose de un comprimé par jour ; prise également de un comprimé de N.N. diméthyl-biguanide, matin et soir.

Le malade sort le 12 Juin 1970, promettant de revenir après les vacances pour explorations avant décision chirurgicale.

Le 4 Novembre 1970, Monsieur G. est à nouveau adressé dans le Service pour perte de connaissance.

En effet, ce jour, à 13 h. le malade ressent une douleur brachiale droite irradiant au thorax et au bras gauche. Puis survient une perte de connaissance dont la durée n'est pas précisée. Cependant, Monsieur G. continuait à prendre deux comprimés de N.N. diméthyl-biguanide par jour, et était à jeun depuis la veille au soir.

Des investigations sont pratiquées à la recherche de l'organicité de ces troubles.

L'examen clinique n'apporte rien de nouveau. Monsieur G. est très anxieux et craint une tumeur cérébrale.

Les examens biologiques sont sensiblement identiques à ceux pratiqués quelques mois auparavant. L'E.C.G. ne montre pas de modification, les transaminases sont, pour les T.G.O. à 30 unités et les T.G.P. à 11 unités. Le fond d'oeil montre une plage un peu verdâtre au bord temporal de la papille droite. A gauche la papille est normale. Il n'est pas noté d'hémorragie, ni d'exsudat.

La radio du crâne ne présente rien de particulier.

L'E.E.G. est normal.

Un nouveau transit gastro-duodénal est demandé pour s'assurer d'une éventuelle évolution du polype décelé lors de la première hospitalisation. Il s'avère en effet sur les images, que la lacune bénigne de l'antrum a doublé de volume, sans que son aspect d'ensemble soit

modifié, depuis l'examen précédent (radiophoto n° 2). Cette constatation fait envisager une nouvelle endoscopie avec biopsie éventuelle.

Entre-temps le malade se plaint d'une douleur de la fosse iliaque gauche; le patient avait présenté les jours précédents une constipation. On pratique un lavement baryté qui montre une sigmoïdite diverticulaire avec un petit cône d'attraction signant une fixation. Une diverticulose généralisée est retrouvée le long du cadre colique.

L'endoscopie demandée est pratiquée le 7 Décembre 1970 par le Dr. DEPORTE :

Introduction aidée du gastrofibroscope.

On retrouve facilement le petit polype noté sur l'examen précédent et on constate que celui-ci présente à son sommet une très nette ombilication.

La muqueuse qui recouvre le polype est absolument normale. Il est assez difficile de le voir de façon nette et on ne peut le bien observer qu'au passage des contractions; à ce moment se produit un resaut caractéristique.

En raison de l'état absolument normal de la muqueuse de recouvrement, il n'a pas été jugé utile de pratiquer de biopsie.

En conclusion, persistance de la petite néoformation bénigne détectée lors de l'examen précédent. Son caractère ombiliqué fait penser qu'il peut s'agir d'un tout petit schwannome. Néanmoins, vu la petitesse de la taille, on ne peut affirmer ce diagnostic.

Au total la perte de connaissance présentée par Monsieur G. ne semble pas en rapport avec une origine coronaire, ni avec une affection cérébrale comme le redoutait le malade. Les examens complémentaires pratiqués l'infirmement. Elle semble plutôt en rapport avec une crise d'hypoglycémie, chez ce malade atteint de diabète latent qui était resté à jeun durant 18 heures tout en prenant sa dose habituelle de N.N. diméthyl-biguanide.

En revanche, l'image radiologique montre une nette augmentation de volume de l'image de soustraction gastrique précédemment décelée. Aussi propose-t-on à Monsieur G. la sanction chirurgicale déjà envisagée.

Monsieur G. accepte cette intervention et, après les examens pré-opératoires d'usage, le malade est adressé au service de Chirurgie de Monsieur HUGUET, au Centre Hospitalier.

L'intervention se passe dans les meilleures conditions. Le compte-rendu opératoire de Monsieur HUGUET précise :

"Médiane sus-ombilicale, large gastrotomie sur la face antérieure de l'antré qui permet de retrouver la formation intra-gastrique repérée radiologiquement. Il s'agit d'une tumeur de la taille d'une cerise, régulière, ombiliquée en son centre, reposant sur une muqueuse saine. Ablation de cette tumeur en passant dans la sous-muqueuse. Suture de la muqueuse au catgut. Fermeture de la gastrotomie en un plan extra-muqueux, points séparés, nylon 00.

Paroi plan par plan sans drainage."

L'examen anatomo-pathologique de la pièce est pratiqué par le Dr. GUYET-ROUSSET.

Il s'agit d'un fragment de muqueuse gastrique qui, sur la pièce examinée, a une disposition polypeuse.

Une muqueuse régulière à peu près normale, soutenue par une musculaire fine, limite la formation. Le centre est constitué par un conjonctif lâche oedémateux ayant valeur de sous-muqueuse.

Au pôle apical de la formation, la muqueuse subit une invagination qui, sur certaines coupes, isole en pleine sous-muqueuse un petit cylindre de muqueuse entouré de sa muscularis mucosae.

Cette disposition particulière mise à part, tous les éléments en présence sont normaux :

- aucune réaction inflammatoire instable,
- aucun élément suspect de malignité sur les lames examinées (microphotos n° 1 et 2 et schémas explicatifs).

Les suites opératoires sont simples et Monsieur G. sort du Service de Chirurgie de Monsieur HUGUET après les délais convenables.

2ème OBSERVATION

Madame O. Marcelle, âgée de 50 ans, est entrée dans le Service de Monsieur LIBESKIND le 16 Novembre 1970 pour décompensation ictéro-ascitique d'une cirrhose éthylique. La malade avait constaté, depuis deux mois environ, une augmentation de volume de son abdomen. Madame O., éthylique notoire, avait déjà présenté un épisode semblable trois ans auparavant qui avait nécessité son hospitalisation à l'hôpital Lariboisière. Elle est ictérique dès le début de l'épisode et les tests biologiques pratiqués en ville sont déjà très perturbés. En particulier, on note une bilirubine totale à 55 mg/l. Son médecin la traite à domicile et, sous l'influence du repos strict et d'extraits hépatiques, obtient un début d'assèchement de l'ascite avec perte de poids de 7 kg et de 8 cm de tour de taille. Cependant la rémission est temporaire, l'épanchement augmente à nouveau, est mal supporté par la malade, ce qui impose l'hospitalisation.

A l'interrogatoire on ne retrouve pas d'antécédents chirurgicaux. Sur le plan médical (en 1953) on note une affection pulmonaire dont la nature n'est pas précisée. En 1967, épisode de décompensation cirrhotique déjà signalé.

L'examen d'entrée montre une malade présentant un état général très déficient, avec faciès d'éthylique, amaigrissement et ictère cutanéomuqueux généralisé. Son poids est de 61,300 kg. Sa tension artérielle est à 13 de maxima, 8 de minima, son pouls est à 120.

L'examen cardio-vasculaire est négatif en dehors de la tachycardie ; il en est de même sur le plan pleuro-pulmonaire où l'auscultation est normale.

Sur le plan fonctionnel digestif, la malade est anorexique, sans nausées ni vomissements. Cependant elle signale parfois des douleurs de l'hypochondre droit. L'haleine est fétide, la langue saburrale.

L'abdomen est très volumineux (93 cm), tendu par l'ascite, rénitent mais non douloureux. La palpation du foie est rendue difficile par l'abondance de l'épanchement, mais, à la recherche du phénomène du glaçon, il semble exister une importante hépatomégalie. Pas de signe du flot. La rate n'est pas perçue. La peau de l'abdomen est pâle, tendue, luisante, avec une circulation collatérale à la fois péri, sus et sous-ombilicale. L'ombilic est déplissé.

Les membres inférieurs présentent des oedèmes blancs, mous, gardant le godet, et masquant les malléoles tibiales et péronières.

L'examen neurologique est normal, en dehors d'un léger tremblement des extrémités. La force musculaire ne présente pas de déficit notable.

Le reste de l'examen clinique ne montre rien de particulier.

Les examens complémentaires biologiques sont, d'une façon générale, très perturbés. La numération globulaire montre 3 170 000 globules rouges par mm³, 4 800 blancs. L'hémoglobine est à 11,5 g et l'hématocrite à 33 %. La formule sanguine est normale.

La vitesse de sédimentation est à 15 mm à la première heure, 36 à la seconde. Le taux de prothrombine est à 29 %, l'urée sanguine à 0,39 g/l. et la glycémie à 0,96 g/l.

Le cholestérol est à 2,80 g/l., les protides totaux à 69 g/l., l'albumine effondrée à 18 g/l. La bilirubine totale est à 58 mg/l. Les phosphatases alcalines à 125 U.I.; la L.D.H. à 312 U.I. et les T.G.O. à 90 U.I. Le Kunkel-Phénol est à 45,5 unités.

L'électrophorèse des protéines montre une hypergammaglobulinémie avec un pourcentage de 50 et un bloc bêta-gamma. A l'immuno-électrophorèse, il est noté une augmentation des IgA et IgM, mais surtout une augmentation des IgG avec 2 600 mg pour 100 ml.

Une ponction d'ascite exploratrice est pratiquée. Le liquide est clair, jaune citrin, avec 11 g/l. de protéines; 5 % de polynucléaires, 87 % de lymphocytes et 8 % de cellules lysées. Pas de germe à l'examen direct : la culture est stérile.

Une rectoscopie montre des hémorroïdes importantes.

Le cliché pulmonaire met en évidence une surélévation des deux coupoles diaphragmatiques prépondérante à gauche, une importante hypertrophie des tractus broncho-vasculaires hilaires et parahilaires bilatéraux, mais sans foyer parenchymateux décelable, ni d'épanchement pleural.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montre une très importante opacité homogène de l'ensemble des cavités abdominales correspondant à l'épanchement ascitique. La vésicule biliaire est remplie de multiples calculs spontanément visibles et mobiles.

Des clichés digestifs sont pratiqués par le Dr. TAVERNIER. Le transit oesophagien est normal et il n'apparaît pas de varices oesophagiennes. Cependant on objective une image de soustraction molle

et souple de la petite courbure antrale, partiellement accouchée au niveau de la base du bulbe duodénal, avec un pylore élargi en permanence. Sur certains clichés, l'aspect de cette lacune est bilobé, avec une portion intragastrique et une portion intrabulbaire, réunies par un pont passant à travers le pylore. La souplesse est partout conservée. On envisage la possibilité d'un volumineux lipome gastrique dont une partie est accouchée dans le bulbe duodénal (radiophotos n° 3 et 4).

Une gastroscopie est demandée. Entre-temps l'état de la malade s'améliore quelque peu. L'ascite régresse très progressivement ; Madame O. a perdu 2 kg en une semaine.

Le 30 Novembre 1970, le Dr. DEPORTE pratique l'endoscopie dans le but de préciser la nature de la néoformation découverte sur le transit gastro-duodénal. Le compte-rendu en est le suivant :

"Introduction aisée du gastrofibroscope. La tumeur antrale apparaît sous forme d'une masse à contours arrondis, sinueuse, recouverte d'une muqueuse plus congestive que la muqueuse voisine. Mais cette masse se confond par moment avec les plis antraux ; elle est assez difficile à bien voir dans son entier. Elle paraît plus probablement sessile et elle se prolonge depuis la région antrale proximale jusqu'à vers le pylore. La contractilité excessive de l'antra a conduit à faire une intraveineuse de 10 mg de Viscéralgine qui a partiellement amélioré la vision. Il a été possible de pratiquer deux biopsies mais l'intolérance à l'air a fait renoncer à une exploration plus poussée.

En conclusion, formation tumorale d'aspect sessile située au niveau de la grande courbure horizontale et se prolongeant vers le pylore."

L'examen anatomo-pathologique des biopsies est pratiqué par le Dr. GUYET-ROUSSET. Il montre une muqueuse gastrique qui semble un peu haute avec une certaine hypersécrétion muqueuse. Elle est régulière, le chorion n'est ni oedémateux, ni inflammatoire. On ne trouve aucun élément suspect de malignité sur les lames examinées.

Au début du mois de Décembre, Madame O. présente une nouvelle poussée ascitique. Elle entre dans un état sub-comateux, avec de temps à autre des vomissements importants, toutefois sans hématomèse. Pas de melaena signalé. Cependant une anémie à 2 340 000 hématies avec un hématoците à 25 % et une hémoglobine à 8,70 g/100 ml. nécessite plusieurs transfusions de sang. La fibrine est à 0,60 g/l. L'ammoniémie à 1,60 mg/l. L'ionogramme sanguin montre un sodium à 133,5 mEq/l., un potassium à 4,3 mEq/l. et un chlore à 104 mEq/l.

La malade passe alors par des alternances d'amélioration fugace et d'aggravation avec troubles de la conscience malgré une importante réanimation. Les épreuves hépatiques sont toujours très perturbées. Début Janvier, l'état de Madame O. va encore en s'aggravant. Elle sombre dans une torpeur progressive avec confusion mentale et somnolence. L'ictère va en s'accentuant. La bilirubine totale atteint un taux de 195 mg/l. L'anémie subsiste aux alentours de 3 000 000 hématies/mm³. Finalement un épisode terminal emporte la malade le 21 Janvier dans un contexte de vomissements avec hématomèse et brusque décompensation irréversible.

Une vérification nécropsique est pratiquée par le Dr. GUYET-ROUSSET dans le but de préciser la nature de l'image lacunaire antrale retrouvée sur le transit gastro-duodénal.

L'examen macroscopique montre, juste en amont du pylore, une sorte de large repli muqueux en forme de langue, dont la base mesure 5 cm de large et la hauteur de 3 à 4,5 cm suivant la position du repli. En effet, ce dernier, qui ne semble être qu'une exagération excessive d'un pli de la muqueuse, est extrêmement mobile et peut adopter non seulement plusieurs positions mais aussi plusieurs aspects : un seul large repli, ou plusieurs replis en vague, plus difficiles à voir.

En effet, tout comme un repli muqueux normal, cette valve muqueuse est soutenue tout au long par une musculaire muqueuse régulière de même longueur, alors qu'au niveau de son implantation, sous-muqueuse et musculaire gastrique ont strictement leur longueur et leur aspect normaux. La muqueuse de revêtement de cette valve semble partout identique à celle de la muqueuse gastrique voisine, sauf en un point de son extrémité distale, où elle se prolonge par une languette étroite, sorte de petit polype uniquement muqueux. L'histologie confirme ces données (microphoto n° 3 et schéma explicatif).

En dehors des anomalies morphologiques décrites, histologiquement tous les éléments en présence sont normaux. La nécrose cadavérique avancée ne permet pas d'apprécier d'éventuelles lésions gastriques.

Au total, il s'agit donc d'une malade en phase terminale de décompensation de cirrhose, confirmée d'ailleurs par l'histologie hépatique lors de l'examen nécropsique, porteuse en outre d'une lithiase vésiculaire.

Découverte fortuite chez Madame O., à la suite d'un transit oesophago-gastro-duodénal, d'une image lacunaire grossièrement polycyclique de 7 cm dans sa plus grande longueur et de 4 cm de large, en bissac, au niveau de la petite courbure antrale et partiellement accouchée au niveau de la base duodénale, d'où l'image précédemment décrite en bivalve. Celle-ci fait penser à un volumineux lipome dont une partie est accouchée dans le bulbe.

A la vérification post-mortem, on constate qu'il s'agit seulement d'un large repli muqueux strictement normal sur le plan histologique, avec un prolongement à type de petit polype uniquement muqueux à l'extrémité distale. Ce repli pouvait adopter plusieurs positions, mais également plusieurs aspects, ce qui expliquerait les images radiologiques observées.

3ème OBSERVATION

Madame D. Raymonde, âgée de 46 ans, est entrée au Centre Hospitalier de Gonesse, le 24 Novembre 1969, pour une poussée évolutive de cirrhose éthylique.

La malade aurait présenté dans les jours précédant l'hospitalisation des "crachements de sang" dont il est difficile de faire préciser, vu un psychisme assez perturbé, s'il s'agit d'hématémèse ou d'hémoptysie.

Son état général se serait dégradé à la suite d'une fracture de côte consécutive à un accident de la voie publique survenu le 11 Novembre dernier, mais n'ayant pas présenté de gravité particulière.

Madame D. est une "habituée" du Centre Hospitalier. En effet, éthylique notoire (bière, vin, apéritifs, en quantité appréciable), elle a été hospitalisée une première fois en 1964 pour dénutrition, anémie, en relation avec son intoxication exogène, signes qui se sont amendés sous traitement polyvitaminique et martial. Il est noté deux nouvelles hospitalisations en 1966 pour décompensation oedémato-ascitique et début de polynévrite. La malade sort améliorée de ces différents séjours avec assèchement de l'ascite et reprise pondérale.

Sur le plan chirurgical, Madame D. a subi une arthrodèse de la hanche droite à la suite d'une nécrose aseptique de la tête fémorale, consécutive à une fracture du col du fémur provoquée par une chute de bicyclette. Cet épisode lui a valu un séjour à BERCK en 1963 dans le service du Professeur de BEYRE. Elle a présenté à sa sortie un ulcus duodénal, vraisemblablement d'origine cortisonique et qui a régressé très rapidement sous traitement. En effet, il n'en est pas retrouvé trace sur les différents transits gastro-duodénaux pratiqués lors des précédentes hospitalisations.

L'examen d'entrée montre une malade amaigrie (50,3 kg) avec une amyotrophie particulièrement nette au niveau des muscles quadriceps et jambiers. La tension artérielle est à 12 de maxima, 6 de minima, le pouls à 80. Les conjonctives sont pâles, subictériques. Le faciès reflète l'imprégnation exogène avec importante érythrocyanose des pommettes et trémulation de la langue.

L'examen cardio-vasculaire ne montre rien de particulier, pas plus d'ailleurs que celui de l'appareil respiratoire. Il est seulement noté de très nombreuses taches rubis réparties sur le thorax et retrouvées également disséminées sur le reste du corps.

L'abdomen souple, non douloureux à la palpation, est très volumineux. L'inspiration profonde met en évidence une rate dure dont on retrouve aisément le bord antérieur crénelé. L'hépatomégalie est importante, vingt centimètres sur la ligne médio-claviculaire, avec un lobe gauche débordant le rebord costal de trois centimètres. Sa consistance est dure, avec un bord inférieur tranchant, sa surface est lisse.

Il n'est pas noté de circulation collatérale mais une lame d'ascite est retrouvée à la percussion en décubitus latéral.

Sur le plan fonctionnel digestif, la malade accuse une anorexie globale mais prépondérante pour les viandes, avec parfois nausées et vomissements à la suite de prises alimentaires. L'haleine est fétide. En revanche il n'est pas retrouvé de symptomatologie douloureuse gastrique.

L'examen neurologique montre un tremblement des extrémités et la malade signale des crampes nocturnes dans les mollets. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques. La force musculaire est un peu diminuée à droite mais ce déficit est en rapport avec l'arthrodèse de la hanche.

Les aires ganglionnaires sont libres.

Des hémorroïdes sont retrouvées à l'examen rectal.

Sur le plan gynécologique la malade est en période de préménopause (les dernières règles remontent à trois mois). Le toucher vaginal ne montre rien de particulier.

Les examens complémentaires sont effectués. La numération globulaire est à 4 430 000 hématies/mm³ et 8 300 leucocytes avec un hématoците à 39 %. La vitesse de sédimentation est à 63 mm à la première heure et à 98 mm à la seconde.

La glycémie est à 0,93 g/l. En revanche l'urée est élevée à 0,92 g/l. Le taux de prothrombine est à 73 %, les protides totaux à 67 g/l.

L'électrophorèse montre des albumines diminuées à 29,5 g/l. et une forte élévation des gamma-globulines (37,5 g/l), sans bloc bêta-gamma cependant.

Le cholestérol total est à 1,35 g/l., la bilirubine totale à 20 mg/l. Les T.P.G. sont à 8 unités et les phosphatases alcalines à 6 unités Bodansky.

L'ionogramme sanguin montre un sodium à 134 mEq/l., un potassium à 4 mEq/l. et un chlore à 97 mEq/l.

Le cliché pulmonaire montre une transparence pleuro-parenchymateuse normale. La fracture de côte signalée par la malade est retrouvée au niveau de la partie moyenne de la 9ème côte gauche.

Un transit oesophago-gastro-duodénal est pratiqué le 27 Novembre 1969 à la recherche de varices oesophagiennes, pouvant expliquer l'hématémèse survenue lors de l'hospitalisation.

Le cliché met en évidence, au niveau de l'antre, sur la partie horizontale de la petite courbure, une volumineuse image lacunaire de forme arrondie, à bords nets, mesurant 3 cm de diamètre ; un centre opaque réalise une image en cocarde, évocatrice de schwannome (radiophoto n° 5). En revanche il n'est pas décelé de varices oesophagiennes. L'examen des clichés gastriques antérieurs (1964) ne retrouve pas cette image.

L'état général précaire de cette cirrhotique ne permet pas d'envisager dans l'immédiat une sanction chirurgicale. Une gastroscopie est cependant demandée mais la malade supporte mal l'anesthésie locale, ce qui empêche la poursuite de l'examen.

Dans l'intervalle la numération globulaire chute avec un chiffre de globules rouges à 3 170 000/mm³, une hémoglobine à 12,40 g/100 ml. L'hématocrite est à 35 %, soit une C.G.M.H. à 35,40 g.

La malade ne présente pas d'hématémèse ni de melaena, mais de temps à autre, quelques crachats sanguinolents, ce qui fera déclencher des investigations à la recherche d'une infection tuberculeuse dont les résultats se sont d'ailleurs montrés négatifs. Pas d'anomalie à l'examen O.R.L. La tension artérielle est aux alentours de 10 - 7. Plusieurs flacons de sang sont passés à la malade.

Un traitement anti-ulcéreux comprenant par 24 h. une injection intra-musculaire d'OXYFERRISCORBONE SODIQUE, trois comprimés d'IMMETROPAN (1 mg) et huit d'EBIMAR, est institué le 5 Décembre.

Des contrôles hématologiques répétés montrent un chiffre d'hématies assez bas, aux alentours de 3 000 000 : du sang est transfusé à plusieurs reprises à la malade. Une ponction biopsie du foie confirme une cirrhose hépatique micro-nodulaire actuellement de caractère inflammatoire.

L'état général de la malade s'améliore très progressivement. Un nouveau contrôle radiologique est alors demandé le 5 Janvier 1970 pour juger de l'évolutivité de l'image évocatrice de schwannome précédemment découverte.

L'examen est centré sur la région antrale. A la grande stupéfaction du Dr. TAVERNIER qui pratique l'examen, la lacune circulaire et même la niche centrale réalisant l'image en cocarde ont pratiquement disparu (radiophoto n° 6). Tous ces signes sont en faveur d'un ulcère bénin antral ayant régressé sous traitement mais présentant à son origine un monstrueux oedème péri-ulcéreux, réalisant ainsi cette image de pseudo schwannome.

Au total, malade admise dans le Service pour poussée évolutive d'une cirrhose éthylique, comme l'indiquent les examens complémentaires hépatiques et le confirme la ponction biopsie du foie. A la suite d'une hématoméso, on découvre sur le transit gastro-duodénal, au niveau de l'antré, une importante lacune ulcérée en son centre, réalisant une image en cocarde, très évocatrice de schwannome.

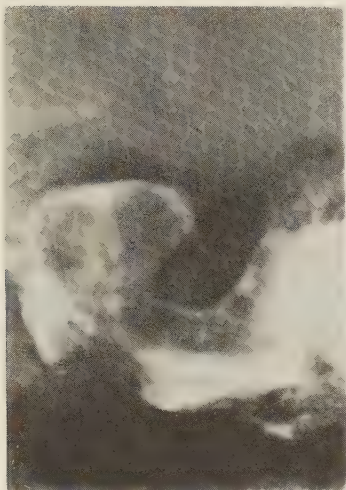
L'état précaire de Madame D. ne permet pas d'envisager l'intervention, d'autant plus que la malade saigne d'une façon occulte, comme le montrent les examens hématologiques répétés, ce qui nécessite d'ailleurs de nombreuses transfusions sanguines.

Un traitement anti-ulcéreux est préconisé. L'état général de la malade s'améliore progressivement. Son urée sanguine précédemment élevée est à 0,57 g/l. Un nouveau contrôle radiologique gastrique pratiqué cinq semaines après le premier montre la disparition de l'image antrale, ce en faveur d'un ulcère bénin ayant régressé sous thérapeutique.

Madame D. sort du Service le 17 Janvier 1970 avec un traitement anti-ulcéreux d'entretien comprenant IMMETROPAN - EBIMAR aux doses précédemment prescrites.

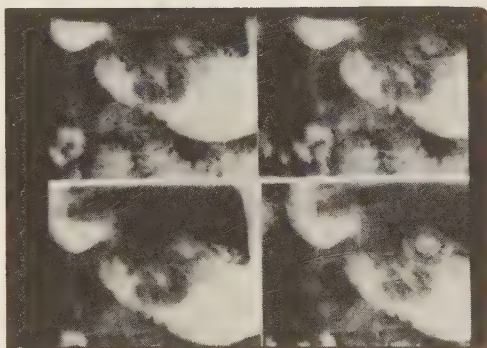
La malade est revue en consultation en Février 1970. Elle présente un bon état général, semble plus tempérante, accuse quelques douleurs épigastriques irradiant dans le dos mais survenant de façon épisodique.

Sur un nouveau transit gastro-duodénal de contrôle effectué le 21 Février 1970, il n'est pas retrouvé d'image d'ulcus, tout au plus une légère raideur de la petite courbure pré-pylorique.



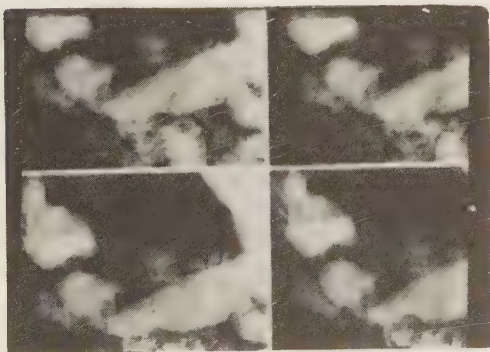
Madame O. Marcelle - 19 nov. 1970

RADIOPHOTO N° 4



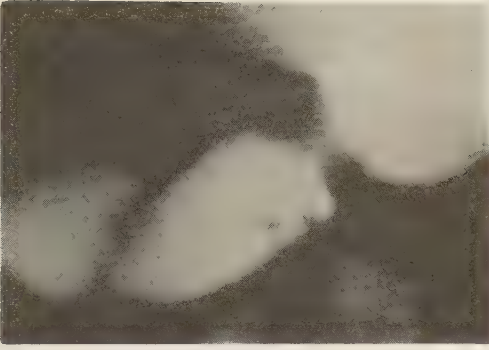
Madame D. Raymonde - 27 nov. 1969

RADIOPHOTO N° 5

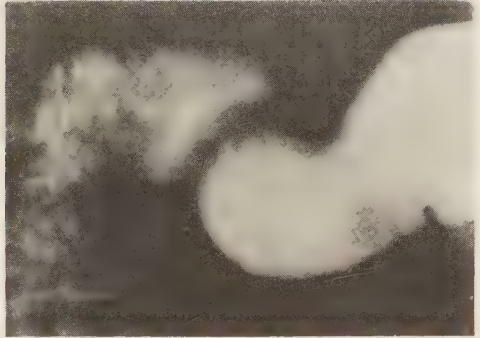


Madame D. Raymonde - 5 Janv. 1970

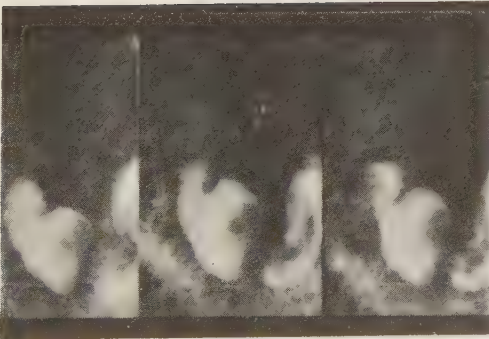
RADIOPHOTO N° 6



Monsieur G. Emile - 25 mai 1970
RADIOPHOTO N° 1



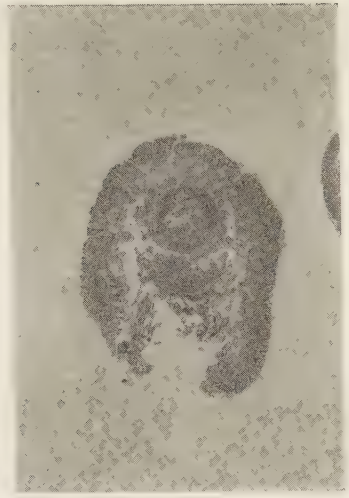
Monsieur G. Emile - 9 nov. 1970
RADIOPHOTO N° 2



Madame O. Marcelle - 19 nov. 1970
RADIOPHOTO N° 3



MICROPHOTO N° 1



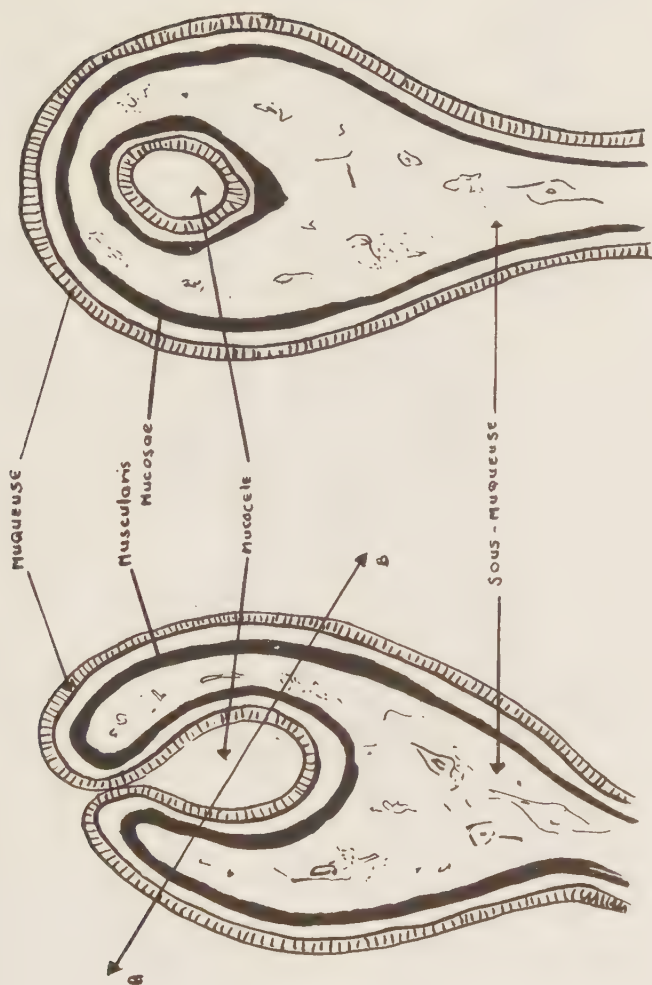
MICROPHOTO N° 2

Monsieur G. Emile



Madame O. Marcelle

MICROPHOTO N°3

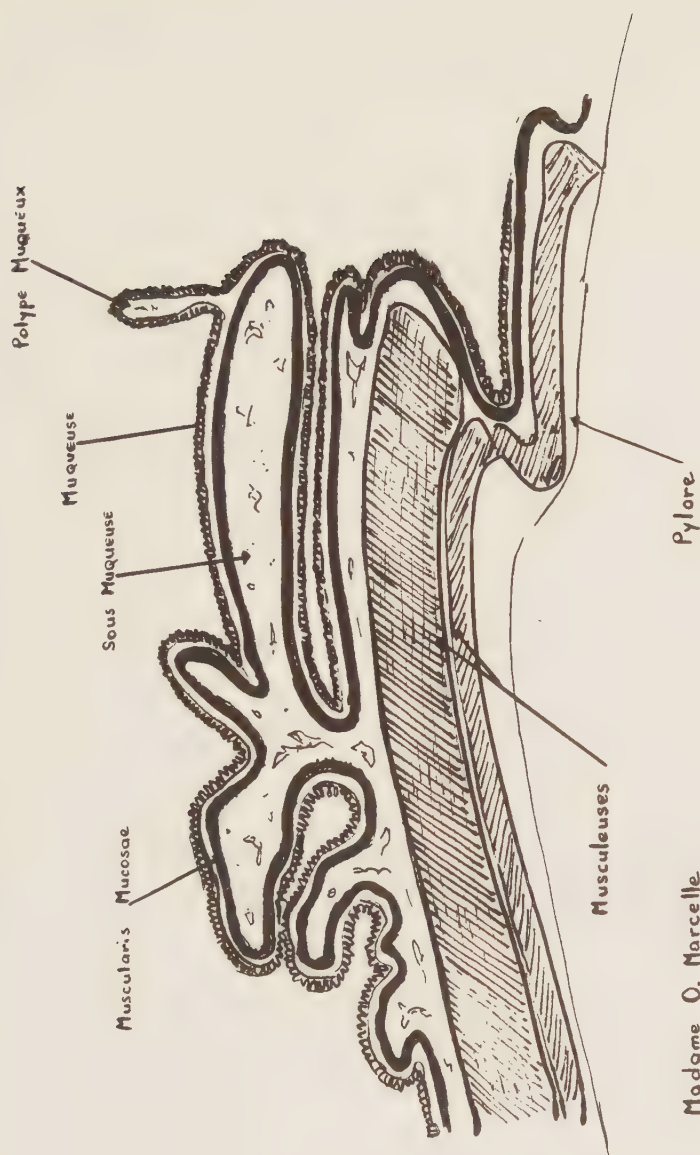


COUPE SELON AB

Monsieur. G. Émile

Schémas Microphotos n° 1 et 2.

antre



Madame O. Marcelle

Schéma Microphoto n°3

(avec position différente de la valve muqueuse)

A propos de ces trois cas dont l'aspect radiologique évoquait une tumeur bénigne (schwannome pour Monsieur G. et Madame D., et lipome pour Madame O.), nous allons faire une brève étude de ces néoformations gastriques en essayant d'y intégrer nos constatations.

Après un rapide rappel historique et étiologique nous envisagerons les tumeurs bénignes de l'estomac en précisant :

- l'anatomie pathologie ,
- la clinique ,
- la radiologie , en insistant tout particulièrement sur les diagnostics positif et différentiel ,
- plus brièvement l'endoscopie ,
- enfin , l'exploration chirurgicale avec l'examen microscopique de la pièce .

Nous omettrons les différentes formes cliniques avec les liens qui peuvent exister dans certaines affections cutanées , ainsi que le traitement , essentiellement chirurgical , hors de notre étude proprement dite .

CHAPITRE I

RAPPEL HISTORIQUE ET ETIOLOGIQUE

La connaissance des tumeurs bénignes de l'estomac est assez récente ; elle remonte à un siècle environ. Elles s'affirmèrent comme une entité nouvelle avec la présentation par CRUVEILHIER (1835 - 1842) de la gastrite polypeuse que l'on peut voir d'ailleurs au Musée DUPUYTREN.

Durant longtemps ce ne furent que des découvertes de nécropsies et seul le début du 20ème siècle vit des publications concernant des lipomes, adénomes, fibromes gastriques, etc. en nombre appréciable. LERICHE (en 1911) découvrit chez un malade porteur de maladie de RECKLINGHAUSEN une tumeur gastrique, dont ROUSSY en fit une étude histologique approfondie et montra l'origine nerveuse, lui donnant le nom de "schwannome".

Ce genre de néoformation fut alors la plus connue, et s'avéra également la plus rencontrée. Il faut signaler cependant que la fréquence des tumeurs bénignes de l'estomac reste faible : 0,5 à 5 % des tumeurs gastriques reconnues (F. FEKETE - 20) mais des statistiques plus récentes affirment jusqu'à 25 % de tumeurs gastro-duodénales retrouvées à la vérification nécropsique.

Sur le plan étiologique, il est très difficile de retrouver les causes favorisantes, si ce n'est la neuro-fibromatose de RECKLINGHAUSEN au cours de laquelle il n'est pas rare de rencontrer certains schwannomes digestifs.

Ces néoformations évoluent lentement, progressivement, ayant une symptomatologie clinique souvent muette. Elles sont généralement découvertes vers l'âge de 40 à 60 ans.

Elles se compliquent assez fréquemment d'hémorragies.

CHAPITRE II

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Tous les éléments de la paroi gastrique peuvent être à l'origine de tumeurs bénignes. C'est ainsi que nous distinguerons, en considérant cette paroi du plan interne au plan externe :

- les adénomes, survenant aux dépens de la muqueuse,
- les lipomes, naissant à partir du tissu graisseux sous-muqueux,
- les leiomyomes, au profit de la muscularis mucosae et de la musculeuse.

Il est nécessaire d'ajouter, provenant :

- du tissu conjonctif : les fibromes et fibromyomes,
- du tissu réticulaire : les xanthomes, histiocytes et réticulo-histiocytes.

Le tissu vasculaire peut donner également des hémangiomes, des lymphangiomes et des tumeurs glomiques.

Les schwannomes sont le propre du tissu nerveux.

Pour être complet, il faudra citer les dysembryoplasies qui, en se développant au sein du tissu normal, peuvent donner des tumeurs. Ce sont notamment les formations brunneriennes, les néoformations chromaffines, et particulièrement les pancréas accessoires, ceux-ci étant le plus fréquemment rencontrés dans cette dernière catégorie.

La fréquence de ces tumeurs n'emporte pas l'assentiment unanime de tous les auteurs. La thèse de ROBERTE-JASPAR (43) compte deux variétés les plus communément retrouvées :

- polypes ou adénomes : 46,9 %
- schwannomes : 17,45 %

Les autres tumeurs bénignes gastriques sont beaucoup plus rares. Les chiffres accusés sur l'observation de 246 tumeurs bénignes sont les suivants :

- myomes : 7,9 %
- fibromes : 5,6 %
- lipomes : 2,7 %
- angiomes : 2,3 %

Macroscopiquement, le développement de la tumeur peut intéresser la surface interne de la paroi. Il se fait alors vers la lumière gastrique : c'est d'ailleurs le cas des deux observations que nous présentons, vérifiées par l'anatomo-pathologie. Mais ce développement peut se faire également dans l'épaisseur de la paroi ou bien en dehors (tumeurs sous-séreuses).

Ces tumeurs peuvent présenter une zone d'implantation large, elles sont dites alors sessiles, ou au contraire étroite, ce sont les tumeurs pédiculées.

La muqueuse qui les recouvre peut parfois s'ulcérer (schwannome) et donner lieu ainsi à une hémorragie d'ailleurs révélatrice de la néoformation dans la plupart des cas.

Après ces quelques généralités, nous allons étudier ces différentes tumeurs en en dégagant les principaux caractères, à la fois macroscopiques et microscopiques, en nous référant au plan énoncé concernant l'histologie.

Les adénomes

Rappelons que ce sont les néoformations les plus fréquemment rencontrées et développées aux dépens de la muqueuse gastrique.

Macroscopiquement, ils se présentent comme :

- adénome isolé,
- polyadénome polypeux ou pédiculé,
- polyadénome sessile ou en nappe.

L'adénome isolé est un polype muqueux pédiculé ou sessile.

Les adénomes peuvent également se présenter macroscopiquement sous forme de polyadénome polypeux ou pédiculé. Il s'agit alors de plusieurs polypes réunis en un point et dont le pied peut être pédiculé. A noter aussi le polyadénome sessile ou en nappe, beaucoup plus rare, réalisant une sorte de plaque mamelonnée plus ou moins étendue et faisant saillie sur la muqueuse voisine.

Microscopiquement, les adénomes se développent aux dépens du tissu glandulaire de la muqueuse gastrique. Il s'agit de tubes glandulaires dystrophiques, irréguliers, parfois kystiques. La membrane basale est conservée et la muscularis mucosae n'est jamais franchie par les cul-de-sac glandulaires.

Les schwannomes

Il s'agit de la deuxième catégorie de tumeurs gastriques la plus fréquemment rencontrée. Ce sont des néoformations développées aux dépens du tissu nerveux, en particulier de la gain de Schwann, d'où le nom de schwannome.

Le siège le plus fréquent est la petite courbure gastrique : 37,5 % (FEKETE - 20). Ensuite viennent, par ordre de grandeur décroissant, la grande courbure, la face antérieure, la face postérieure, le pylore et le cardia. Le volume de ces proliférations tumorales varie de la taille d'une cerise à celle d'une orange, mais pour les variétés sous-séreuses, on peut en rencontrer d'énormes.

Macroscopiquement, la tumeur est bien encapsulée, pleine, de consistance variable. Sa coloration peut être blanc jaunâtre, rouge violacé, noirâtre, en passant par un rouge vineux. Sa surface est souvent ravinée ou plurilobée, mais peut être aussi régulière.

A son pôle distal peuvent apparaître plusieurs pertuis, ou même une large ulcération apicale que montrent les images endoscopiques et radiologiques rencontrées. C'est d'ailleurs ce dernier caractère très fréquent dans ce genre de tumeur qui a motivé le diagnostic de schwannome en ce qui concerne Monsieur G. La gastroscopie montrait en effet une ombilication donnant une image radiologique en cocarde caractéristique et retrouvée sur le plan anatomo-pathologique (micro-photo n° 1 et schéma).

Histologiquement, FEKETE (20) décrit le schwannome comme "un tissu compact, de structure fasciculée, riche en collagène, où se juxtaposent des cellules fusiformes, rubannées, allongées, égales entre elles, donnant l'aspect fréquent et pathognomonique en "palissade". Elles tendent à se disposer en nappes incurvées et entremêlées en "écheveaux", en tourbillons, pour former les nodules polycycliques décrits par VEROCAY."

Le nerf à l'origine de cette formation (dépendant soit du plexus sous-muqueux de MEISSNER, soit du plexus d'AUERBACH ou encore du plexus sous-séreux) est rarement retrouvé.

Cette configuration classique peut, bien sûr, être profondément remaniée, tout particulièrement par la nécrose, rendant alors difficile l'interprétation histologique.

Les autres tumeurs gastriques, nous l'avons vu, sont beaucoup plus rares et nous n'en énoncerons que les caractères principaux.

Les myomes

Les myomes, comme la plupart des néoformations bénignes gastriques, intéressent en premier lieu la région antro-pylorique. Leur taille peut atteindre celle d'une mandarine.

Microscopiquement, le myome comporte des faisceaux de cellules fusiformes avec un protoplasme éosinophile et un noyau basophile comprenant de fines granulations de chromatine. La muqueuse de recouvrement est souvent ulcérée.

Les fibromes

Les fibromes développés aux dépens du tissu conjonctif sont des tumeurs exceptionnelles, confondues auparavant, ainsi d'ailleurs que les myomes précédemment décrits, avec les schwannomes. Leur fréquence a considérablement baissé depuis que l'on connaît mieux ces derniers.

Les fibromes sont le plus souvent implantés sur la grande courbure, formés de masses dures, élastiques, uni ou pluri-lobaires. Ils peuvent avoir également un développement exogastrique et atteindre un volume important.

Histologiquement ils sont constitués de tissus fibreux, collagène, ayant parfois une structure aérolaire. Une nécrose aseptique partielle peut être rencontrée. La transformation maligne n'est pas exclue, de pourcentage différent selon les auteurs, et le diagnostic histologique entre fibromes purs et fibro-sarcomes est souvent complexe.

Les lipomes

Ces tumeurs dont l'origine en est le tissu graisseux sous-muqueux sont également très rares.

Ils se présentent le plus souvent sous l'aspect d'une masse unique, bien encapsulée, au niveau de la sous-muqueuse et d'ailleurs très facilement énucléables.

L'aspect histologique est celui d'un tissu adipeux classique mais avec des réactions conjonctivo-vasculaires très importantes.

Les tumeurs vasculaires

Les tissus vasculaires donnent naissance aux angiomes. Il s'agit le plus souvent d'hémangiomes, les lymphangiomes sont exceptionnels, de même que les tumeurs glomiques. FEKETE (20) en cite huit cas connus en 1959.

Les tumeurs du tissu réticulaire - Les dysembryoplasies

Nous ne nous appesantirons pas davantage sur l'étude des autres tumeurs bénignes intéressant le tissu réticulo-histiocytaire, souvent manifestations d'ailleurs de maladie de système.

En ce qui concerne les dysembryoplasies, nous citerons simplement les pancréas accessoires, tissu pancréatique normal avec acini groupés et flots de Langerhans, réalisant des inclusions au niveau de la sous-muqueuse ou de la sous-séreuse.

Ces pancréas accessoires bien que peu fréquents sont retrouvés cependant plus souvent dans la littérature : 149 cas publiés entre 1928 et 1947. DIETHELM (18) en relate deux observations identifiées respectivement comme myome et polype sur les images radiologiques.

A signaler la dégénérescence maligne possible de ces dysembryoplasies.

Il est à noter que les observations que nous rapportons s'apparentent (mais uniquement sur le plan macroscopique et donc radiologique) à certaines de ces tumeurs.

En ce qui concerne Monsieur G., le Dr. DEPORTE, lors de la fibroscopie, note "l'existence d'un polype de petite taille dont le pédicule est large et allongé dans le sens de l'antré", mais "polype recouvert d'une muqueuse absolument normale et qui comporte à son sommet une ombilication", observation d'ailleurs confirmée par l'examen anatomo-pathologique du Dr. GUYET-ROUSSET (microphotos n° 1 et 2 et schémas). L'aspect pédiculé évoque l'adénome, la cocarde une tumeur ulcérée (schwannome ou adénome).

Pour Madame O. la visualisation est plus difficile et la masse tumorale se confond par moment avec les plis antraux. L'examen macroscopique, lors de la nécroscopie, montre une exagération excessive d'un pli de la muqueuse, extrêmement mobile, et à l'extrémité

distale un petit polype uniquement muqueux (microphoto n° 3 et schéma).

Macroscopiquement, ces deux néoformations sont assez en faveur d'une structure polypeuse telle qu'elle est rencontrée dans les adénomes, mais l'histologie ne confirme pas ces données.

En conclusion, les proliférations rencontrées chez ces malades s'apparentent aux adénomes de formes polypeuses sur le plan macroscopique, mais en diffèrent totalement sur le plan histologique, puisque strictement normales du point de vue muqueux.

CHAPITRE III

CLINIQUE

Cliniquement, les tumeurs bénignes de l'estomac peuvent certes se manifester par des troubles dyspeptiques plus ou moins vagues, par des douleurs épigastriques généralement mal rythmées par les repas et parfois pseudo-ulcéreuses.

D'autres fois, une sténose pylorique peut ouvrir la scène, qu'elle soit due au volume même de la tumeur ou à son invagination dans le bulbe. Il peut s'agir : soit d'une sténose pylorique commune, soit d'un épisode aigu avec douleurs très importantes et vomissements incoercibles, en rapport avec l'incarcération de la masse dans le bulbe duodénal à travers le pylore.

Un des accidents les plus fréquents au cours desquels peuvent être découvertes les tumeurs à expression clinique est l'hémorragie digestive : mais certains ulcères vrais pourront donner lieu à de pseudo-images de tumeurs bénignes et ceci pose bien entendu des problèmes diagnostiques et thérapeutiques fort différents. Il peut s'agir de grandes hémorragies digestives, mais aussi d'hémorragies distillantes qui seront découvertes à propos d'une anémie sidéropénique inexpliquée. La recherche chimique du sang dans les selles (avec les précautions d'usage) et la radio permettent alors le diagnostic.

Mais le plus souvent la symptomatologie fonctionnelle et générale est pratiquement muette, et c'est un examen radiologique de l'estomac pratiqué pour d'autres raisons qui permet de les découvrir. Ceci explique que les fausses tumeurs bénignes n'appartenant pas à proprement parler à la pathologie, puissent être discutées devant de telles images.

Quant aux signes physiques concernant l'examen clinique, la perception de la tumeur est trop rare pour que l'on puisse en faire un élément de diagnostic différentiel.

En ce qui concerne les observations présentées, pour Monsieur G. la symptomatologie est absolument muette : seul le transit gastro-duodénal, à la recherche de varices oesophagiennes met la lésion en évidence.

Pour la deuxième observation (Madame O.), il est difficile de définir ce qui est lié à la néoformation, dans la très riche symptomatologie de la décompensation oedémato-ascitique. En outre il n'est pas noté de syndrome occlusif pylorique, bien que la radiologie objective une néoformation partiellement accouchée au niveau de la base du bulbe duodénal, à travers le pylore (radiophotos n° 3 et 4).

En revanche, Madame D. (3ème observation) présente des hémorragies digestives importantes, nécessitant de multiples transfusions sanguines. Mais, en fait, il s'agit d'un ulcus de l'antré.

En conclusion, nous voyons que les arguments cliniques en faveur des tumeurs bénignes ne sont pas spécifiques de leur nature. Ils sont souvent frustes, la plupart des tumeurs ayant même une symptomatologie complètement muette. Seules des complications à type d'hémorragies ou de syndrome de sténose orificielle peuvent attirer l'attention.

Ceci nous amène tout naturellement à envisager dans notre étude la radiologie qui, en définitive, pourra seule avec la fibroscopie, nous orienter valablement, de même que l'intervention avec l'examen microscopique de la pièce.

CHAPITRE IV

ETUDE RADIOLOGIQUE

Les images radiologiques des tumeurs bénignes présentent certains caractères généraux qui permettent d'orienter le diagnostic.

La présomption de bénignité sera d'autant plus affirm e :

- qu'il s'agira d'une image de soustraction bien circonscrite : la lacune ,
- que la souplesse de la paroi gastrique au voisinage de la formation sera conserv e ,
- que les plis gastriques auront un relief normal.

En effet , l'image type de néoformation bénigne est la lacune avec des contours particulièrement nets , r guli rs , arrondis ou polycycliques .

L'image lacunaire est le plus souvent unique , centrale ou marginale , mais dans ce dernier cas , elle ne "mord" pas sur les contours gastriques . Les tumeurs bénignes peuvent être multiples , c'est le fait de la polypose gastrique , de polyad nomes , mais aussi de schwannomes .

La lacune marginale apparaît le plus souvent comme une soustraction circulaire ou rectangulaire , avec bords r guli rs , bien limités et dont les angles sont émoussés . Cependant , parfois , le diagnostic est plus difficile : les signes peuvent en imposer pour ceux d'un cancer . Par compression dos e , on peut alors obtenir une image des plis de la muqueuse oppos e et , ainsi , le contour réel de l'estomac apparaît en dehors de la masse tumorale , réalisant l'image de "lacune ferm e" en faveur de tumeur bénigne , en opposition à celle de "lacune ouverte" du processus malin .

La tonalité de l'image est habituellement homogène ; une configuration d'allure nuageuse peut rendre compte d'un caractère végétant.

La conservation de la souplesse de la paroi gastrique au voisinage de la lésion est également retenue comme caractère fondamental de bénignité. En effet, cette souplesse et cette mobilité militent en faveur de l'absence d'infiltration. Le péristaltisme (étudié si besoin sous modificateurs du comportement) est normal et les ondes de contraction ne sont pas arrêtées au niveau de la lacune.

En ce qui concerne les plis gastriques, troisième élément fondamental en faveur de la bénignité, ceux-ci sont normaux jusqu'au contact même de la masse tumorale. Il n'existe aucune interruption, aucune attraction en drapé. Les plis sont seulement déplacés au niveau de l'image lacunaire. Cette régularité des plis, ainsi que la souplesse de la paroi, sont des signes importants qu'il faut s'efforcer de bien mettre en évidence sur les différents clichés.

Le caractère constant des images radiologiques à différents examens atteste également le peu d'évolutivité de la lésion et son caractère bénin. Cependant, nous verrons que ce signe n'est pas toujours respecté, en particulier pour les lipomes.

Sur le plan de la localisation, il faut signaler les tumeurs polaires supérieures ainsi que les néoformations juxtapyloriques qui peuvent présenter certains traits caractéristiques.

Les tumeurs polaires supérieures sont souvent difficiles à mettre en évidence. En position debout, lorsqu'elles ont atteint un volume suffisant, elles se détachent en demi-teinte sur la clarté de la poche à air. L'insufflation gastrique permet de les mieux visualiser.

Les tumeurs juxtapyloriques, lorsqu'elles présentent un pédicule long, peuvent s'accoucher dans le duodénum à travers le pylore. La lacune est alors située au niveau du bulbe ou du duodénum. Le pédicule apparaît comme une image lacunaire rectiligne et son point d'insertion peut être identifié au niveau de l'antrum, lequel apparaît quelquefois plissé "en accordéon". Leur siège peut se modifier à différents examens suivant qu'elles sont ou non invaginées.

De plus, la plupart des tumeurs bénignes peuvent s'ulcérer. L'ulcération unique, de face, donne l'image en cocarde, souvent rencontrée dans les schwannomes. De profil, elles se présentent sous la forme d'une niche centrale, au sein d'une lacune à bords réguliers.

Bien qu'il soit aventureux d'établir un diagnostic concernant la nature histologique de ces tumeurs bénignes en se basant uniquement sur la radiologie, certains aspects restent cependant très évocateurs.

Les adénomes

L'adénome se présente sous forme d'une lacune homogène, bien arrondie, à l'emporte-pièce, généralement de faible taille. Son siège est le plus souvent antral. Cette lacune peut être unique ou multiple suivant le cas.

Le polyadénome en nappe réalise l'image en "bulles de savon", en "grappe", ou en "cible trouée". Lorsqu'elles confluent, l'aspect peut être marécageux, pseudo-cancéreux et une insufflation peut être nécessaire pour mettre en évidence les pédicules tumoraux. Ce diagnostic est souvent difficile, d'autant que l'on sait la possibilité de transformation maligne fréquente.

Les schwannomes

L'aspect fondamental du schwannome est une lacune avec centre opaque, réalisant l'image en cocarde. En effet cette tumeur a une très grande tendance à l'ulcération, notamment par nécrose ischémique, et, en se remplissant de bouillie barytée, donne cette image typique. Parfois il est possible d'objectiver sur écran la mobilité de cette niche (signe de BRAUNBERHENS), montrant ainsi les mouvements de la masse ulcérée.

Notons cependant que cette ulcération, donc cette image en cocarde, peut être retrouvée dans toutes les variétés de tumeurs.

Les schwannomes peuvent siéger en un point quelconque de l'estomac, mais très fréquemment au niveau de la petite courbure, très riche en fibres nerveuses.

Les myomes

Les léiomyomes, les fibromyomes, ainsi que leurs associations, n'offrent pas de caractères particuliers autres que leurs localisations différentes. Les myomes sont rencontrés avec prédilection dans la région antro-pylorique et les fibromes sont plus fréquents sur la partie horizontale de la grande courbure avec un développement exogastrique. Leur volume peut être considérable.

Les tumeurs myoïdes ne présentent en général pas de particularités. Cependant, dans certains cas, MURAT (37) observe "un rétrécissement antro-pylorique avec rétraction asymétrique des courbures et attraction des plis en regard de la tumeur, un refoulement de l'antre ou du duodénum". Ces dernières formations ont un potentiel malin important.

Les lipomes

Ce sont des tumeurs souvent volumineuses, polylobées, de consistance molle. Par suite elles se déforment facilement et présentent des aspects souvent différents sur des clichés successifs. Leur hypertransparence contrastant avec les régions avoisinantes est une caractéristique frappante. Leur siège est le plus souvent antral et leur caractère fluctuant permet une invagination fréquente dans le duodénum (deuxième observation de Monsieur GRIMOUD (23) et communication de Monsieur BRETTE (10)).

Les tumeurs vasculaires

Il est difficile de les identifier sur leurs caractères radiologiques. A noter toutefois une certaine variabilité de l'aspect des angiomes, due à leur consistance molle. Le siège de prédilection de ces derniers est le tiers moyen de la face antérieure de l'estomac. L'artériographie est ici un examen de choix.

Les dysembryoplasies

Nous avons vu que le pancréas accessoire était plus fréquent que les autres inclusions aberrantes (spléniques ou surrénaliennes notamment).

Son siège est souvent antro-pylorique. Il se présente comme une lacune de petite taille, ronde ou ovale, sessile. Il est fréquent de noter une dépression centrale, parfois renflée à sa périphérie. Celle-ci est due plus à une invagination de la muqueuse gastrique qu'à un véritable canal excréteur.

C'est une tumeur qui a souvent tendance à s'ulcérer, réalisant alors une image en cocarde, qui peut le faire prendre à tort pour un schwannome. BELLIN (8) note ce caractère ombiliqué dans sa brève revue des images radiologiques des tumeurs bénignes.

Il faut signaler également l'association courante avec un ulcus gastrique.

Les tumeurs villeuses

Elles ont une importance considérable, car elles ont un potentiel malin élevé ; elles ne restent bénignes qu'un temps et dégénèrent invariablement. Le diagnostic radiologique est souvent difficile. Elles revêtent la forme d'un cancer ulcéro-végétant ou d'une image lacunaire polylobée, de contours polycycliques irréguliers, avec un aspect marécageux, chevelu. Leur changement de forme plaide en faveur de la bénignité tout du moins temporaire.

En conclusion, il serait imprudent de vouloir préciser d'une façon certaine la nature histologique de ces néoformations, tant les images radiologiques sont communes et variables. De plus, l'interprétation de ces aspects pose souvent des problèmes complexes de diagnostic.

De nombreuses erreurs ont même été commises, rapportant en particulier une tumeur extrinsèque à une origine gastrique ; en effet tous les organes de la région épigastrique peuvent être incriminés : pancréas, foie, colon, ovaires, reins, etc ...

L'origine extrinsèque sera cependant suspectée sur la projection différente de la tumeur lors de clichés itératifs. Elle manifesterà

également une certaine "indépendance" vis-à-vis des parois de l'estomac (clichés sous compression). Cependant les tumeurs exogastriques peuvent avoir un long pédicule permettant une grande mobilité, et parfois seul un cône d'attraction muqueux pourra montrer l'implantation du pédicule sur la séreuse. Il faudra donc s'efforcer de mettre en évidence l'aspect cerclé de la tumeur, au besoin par opacification des organes voisins, de sorte à pouvoir affirmer une origine purement extrinsèque.

Les corps étrangers intra-gastriques, tels que les phyto ou trichobézoards peuvent également induire en erreur. Mais ils sont souvent très mobiles à l'intérieur de l'estomac et se projettent en des endroits fort différents. Il est sage de répéter les clichés avant de conclure à une néoformation.

Nous ne ferons que citer les localisations gastriques de maladies générales.

Les gommes syphilitiques (uniques ou multiples) peuvent prêter à confusion. Mais les antécédents plaident en faveur de la maladie, et le traitement assure la régression des lésions.

La tuberculose peut donner un tuberculome au niveau de l'estomac réalisant une image lacunaire, mais il est bien rare que le contexte général ne soit pas évocateur de l'affection.

L'actinomycose, la lymphogranulomatose maligne ainsi que l'anémie de BIERMER peuvent faire erreur par certaines de leurs manifestations gastriques. Cependant ces lésions restent l'exception.

L'image radiologique de tumeurs bénignes fait plus couramment évoquer l'ulcus et surtout le cancer.

Le diagnostic différentiel d'ulcère se pose devant l'image de tumeur ulcérée avec niche. Mais nous avons vu que cette niche est au centre de la lacune et la convergence des plis n'est pas retrouvée.

Le diagnostic de processus tumoral malin est plus angoissant. De nombreux caractères opposent les lacunes bénignes aux images lacunaires de cancer :

- régularité des contours,
- bords respectés avec aspect de lacune fermée,
- tonalité homogène et non marécageuse,

- souplesse de la paroi et plis gastriques normaux venant au contact de la lésion.

Cependant certaines tumeurs malignes peuvent donner ces aspects en début d'évolution, tout particulièrement les sarcomes. De plus, de nombreuses tumeurs initialement bénignes peuvent dégénérer, d'où la libéralité de la sanction chirurgicale quand l'état du malade le permet.

Les observations rapportées confirment la difficulté du diagnostic sur le vu d'images radiologiques pourtant évocatrices.

Monsieur G. présentait, de face, au niveau de l'antrum pylorique, une image lacunaire régulièrement arrondie, avec centre opaque, réalisant l'image en cocarde caractéristique de schwannome (radiophotos n° 1 et 2). En réalité il s'agissait d'un fragment de muqueuse ayant une disposition polypeuse et comportant à son extrémité distale une invagination réalisant un mucocèle à l'origine de l'image radiologique (microphotos n° 1 et 2 et schémas correspondants).

Pour Madame D. (troisième observation) les clichés digestifs sont pratiqués à la recherche de varices oesophagiennes à l'origine de son hématoméso. Ils découvrent alors une image en cocarde évocatrice de schwannome, au niveau de l'antrum, sur la partie horizontale de la petite courbure (radiophoto n° 5). Cependant la disparition de l'image caractéristique après un délai de cinq semaines infirme le diagnostic (radiophoto n° 6). La rétrocession est en faveur d'un ulcère antral ayant presque complètement régressé sous traitement anti-ulcéreux. Mais celui-ci avait comporté un oedème péri-ulcéreux considérable expliquant l'aspect radiologique, plus évocateur de tumeur bénigne que d'ulcus : l'oedème avait ici une limite nette, très inhabituelle.

FOUQUES (21) dans sa thèse sur les schwannomes gastriques cite deux cas comportant des images typiques de ces néoformations mais dont le diagnostic a été infirmé par la suite. Dans la première observation, la lésion a été interprétée anatomiquement comme gastrite interstitielle. Dans la seconde, il s'agissait d'un vieil ulcus avec perte de substance muqueuse. La sous-muqueuse et les parois étaient infiltrées diffusément par des bandes de sclérose discrète, avec de très nombreux fibroblastes disposés en tourbillons.

Le transit gastro-duodénal de Madame O. (deuxième observation) montre également une image de tumeur bénigne. Cette fois il s'agit d'une néoformation molle, souple, hypertransparente, de la petite courbure antrale, accouchée à travers le pylore par le duodénum et très évocatrice de lipome (radiophotos n° 3 et 4). En réalité il

s'agissait simplement d'une vaste valve muqueuse, strictement normale sur le plan histologique, pouvant adopter de multiples positions, s'accoucher en particulier dans le bulbe duodénal (microphoto n° 3 et schéma correspondant).

Ces observations confirment la difficulté d'interprétation des images radiologiques dans le diagnostic des tumeurs bénignes.

Aussi, c'est tout l'intérêt de la fibroscopie qui, dans certains cas, complète heureusement les investigations.

CHAPITRE V

ENDOSCOPIE

La fibroscopie est d'un apport précieux lorsque le siège des tumeurs en assure une visualisation satisfaisante. L'examen permet de voir la tumeur, de juger de sa régularité, surtout de l'état de la muqueuse de recouvrement. L'intégrité de celle-ci montre fréquemment un pli muqueux sous tension passant en pont au-dessus de la tumeur : c'est le signe de SCHINDLER.

Certains aspects orientent le diagnostic quant à la nature de la tumeur.

Les polypes, ainsi que leur pédicule, présentent une muqueuse identique à celle de voisinage. Cependant des stries blanchâtres, une tendance à saigner, font suspecter un début de dégénérescence, confirmée par la biopsie.

Les schwannomes se montrent sous divers aspects suivant qu'ils sont ou non ulcérés : simple tumeur, ou parfois pertuis noyés dans un contexte inflammatoire que l'on peut confondre avec l'orifice d'un diverticule. Toutefois l'aspect le plus typique est une tuméfaction avec une ulcération au pôle distal réalisant l'aspect "en col utérin".

Les angiomes peuvent apparaître comme une tumeur vasculaire typique, bleu ou rouge sombre, aspect rarement retrouvé il est vrai.

L'aspect endoscopique avec éventuellement la biopsie apporte donc un argument supplémentaire quant à la bénignité de la néoformation. Cependant il faut se garder d'être formel, la dégénérescence maligne frappe souvent la base d'implantation du processus tumoral, difficilement accessible à cette biopsie.

L'examen reste capital, permettant en outre la prise de photos endoscopiques. Celles-ci peuvent être mises en parallèle avec les images radiologiques et, surtout, l'évolutivité de la lésion peut être jugée par des examens successifs.

Dans les observations que nous rapportons, la fibroscopie apporte quelques éléments nouveaux.

Dans le premier cas, (Monsieur G.), l'aspect endoscopique découvre un polype sessile avec une muqueuse absolument normale. Cependant, au sommet de la néoformation, on note la présence d'une petite ombilication en faveur d'un schwannome. Les dimensions restreintes de la tumeur en nuancent l'affirmation. Le Dr. DEPORTE note : "il est assez difficile de voir ce polype de façon nette et on ne peut le bien observer qu'au passage de contractions ; à ce moment se produit un ressaut caractéristique." Ce fait traduit la souplesse de la paroi au voisinage de la lésion avec un péristaltisme intact. Les biopsies pratiquées confirment histologiquement la bénignité, tout du moins en ce qui concerne les fragments examinés.

Il eut été intéressant de voir endoscopiquement la lésion présentée par Madame D. (troisième observation - image de schwannome), mais l'examen a été impossible, l'anesthésie étant mal supportée.

Pour Madame O. (deuxième observation) la fibroscopie montre, au niveau de la grande courbure horizontale, une masse antrale, sinueuse, à contours arrondis, se confondant avec les plis antraux et assez difficile à voir dans son entier, car se prolongeant vers le pylore. La muqueuse de recouvrement est seulement plus congestive que la muqueuse voisine.

Tous ces caractères semblent donc en faveur de la bénignité de la lésion mais ne peuvent donner de précisions quant à la nature histologique. Les biopsies pratiquées montrent une muqueuse un peu haute avec hypersécrétion, mais sans image suspecte de malignité. Le diagnostic de lipome ne peut être ni infirmé, ni affirmé par ces examens.

En conclusion, la fibroscopie apporte des arguments précieux quant au diagnostic de tumeurs bénignes avec les réserves que nous avons faites. Elle est précieuse par la possibilité offerte de pratiquer les biopsies. Toutefois, l'aspect présenté par les tumeurs en endoscopie est souvent insuffisant pour préjuger d'une façon certaine de leur nature histologique.

CHAPITRE VI

EXPLORATION CHIRURGICALE ET EXAMEN HISTOLOGIQUE

Clinique, radiologie, et endoscopie, permettent donc une approche progressive mais souvent insuffisante pour que l'on puisse être formel sur la nature précise de la lésion. Souvent, c'est seule l'exploration chirurgicale qui donnera la clef du diagnostic.

Il est des cas où, à la laparotomie, le palper de l'estomac, la découverte de ganglions indurés, a fortiori la constatation de "taches de bougie" sur le foie ou de granulations métastasiques sur le péritoine, permettent de réfuter d'emblée la bénignité.

Parfois, ce n'est qu'après gastrotomie que l'aspect de la lésion permet d'avoir une orientation plus nette qu'au cours des examens précédents.

Ce fut le propos de notre étude anatomo-pathologique (chapitre II), tant sur le plan macroscopique que microscopique.

En effet, très souvent, c'est l'examen histologique de la pièce, à couper le plus possible dans son ensemble, qui permet de préciser la nature réelle de la tumeur, et parfois, comme dans deux de nos observations, de conclure à une anomalie morphologique qui n'est ni tumorale, ni à proprement parler pathologique.

CONCLUSIONS

1°) La constatation d'une image lacunaire gastrique bien limitée, souple et régulièrement arrondie, évoque avant tout l'idée de tumeur bénigne - et la discussion est habituellement centrée d'une part sur la nature histologique, d'autre part sur la possibilité de malignité : soit d'emblée (c'est alors un diagnostic différentiel) ; soit secondairement (c'est le problème de la transformation possible).

2°) Les trois observations présentées justifient, outre ces données devenues classiques, la discussion d'anomalies rares, non tumorales, pouvant simuler à peu près tous les aspects de tumeurs bénignes proprement dites (adénomes pédiculés, lipomes, schwannomes notamment) : il s'agit dans le premier cas d'une sorte de mucocèle au sein d'une invagination de la muqueuse dans la sous-muqueuse ; dans la deuxième observation d'un repli muqueux formant une vaste valvule mobile et de structure normale ; dans le troisième cas, d'un ulcère bordé d'un oedème important à limite externe inhabituellement nette.

3°) Un rappel de la classification et des aspects anatomo-pathologiques, cliniques, radiologiques et endoscopiques des tumeurs gastriques bénignes est présenté - afin de mieux permettre la comparaison avec nos observations de fausses tumeurs bénignes de l'estomac.

4°) La troisième observation permet en outre de mettre l'accent une fois de plus sur la nécessité de rechercher, chez un cirrhotique en hémorragie digestive, une lésion organique associée aux varices d'hypertension portale.

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. J. BERNIER

Vu, le Doyen de la Faculté de
Médecine Lariboisière St-Louis

Professeur E. FOURNIER

Vu, et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBOT G., LUNEL J. et CARAYON P.

Etude clinique et radiologique des tumeurs bénignes, hamartomes et hétérotopies de la région antro-pylorique, du bulbe et de l'anneau duodénal.

Act. Hépatogastro-Entérol. de l'Hôtel-Dieu (tumeurs bénignes du tube digestif), 1966, 3, 158-192

2. ALLAIN F. d', LAMBLING A. et DEBUSSCHERE F.N.

Tumeurs bénignes du canal pyloro-duodénal.
Arch. Mal. App. Dig. 14 Mai 1945, 156-157

3. ANTONOVICH V.B.

Diagnostic radiologique du lipome gastrique.
Vestn. Roentgen. Radiol. Janv. Fév. 1968, 43, 29-34

4. ARBILLOT B.

La collaboration du praticien et du radiologiste dans le diagnostic de l'ulcère gastrique.
Thèse Paris, 1956

5. BACHRACH W.H.

Accuracy of roentgenographic examination in the differential diagnosis of gastric ulcer.
Hawai Med. J., 1964, 23 (5) 353-363

6. BANZET P., CHAPPELARD P. et SANANES P.

Lipomes de l'estomac.
Annales de Chirurgie, 1960, 14, 139-143

7. BANZI C. et LONDEI D.

Il lipoma della stomaco.
Arch. Ital. Chir., 1959, 84, 455-474

8. BELLIN A. et GERARD G.

Diagnostic radiologique des tumeurs bénignes de l'estomac.
Entretiens de Bichat (Chirurgie et spécialités), 1956, 461-462

9. BENEDICT B.

Diagnostic différentiel des tumeurs bénignes de l'estomac.
Gastroenterology, 1950, 14, 275-280

10. BRETTE R. et Col.

A propos d'un cas de lipome gastrique.
Arch. Mal. App. Dig. 1963, 52, 348-351

11. BRUNNER S.

Roentgenologic and gastrocamera examinations in the differential diagnosis of gastric ulcer.
Amer. J. Roentgen. Nov. 1968, 104, 598-602

12. CANDARDJIS G.

Diagnostic différentiel radiologique des ulcérations gastriques.
Paris Masson, 1956, XII, 187

13. CHENE P.

Sur l'interprétation des niches bénignes ou malignes de la petite courbure gastrique.
Gaz. Méd. France, 10 Mai 1965, 1897-1906

14. COPPOLA A.

Polype du bulbe duodénal.
Prensa medica argentina, 18 Octobre 1948

15. COUDURIER-FUCHS E.

Contribution à l'étude des schwannomes multiples de l'estomac.
Thèse Paris, 1969

16. CULVER G.J.

Criteria for roentgen diagnosis of submucosal gastric lipoma
Radiology, 1964, 82 (2), 254-257

17. DEBRAY Ch. et MUFFANG J.

Tumeurs gastriques invaginées dans le duodénum.
Sem. Hôp. Paris, 18 Septembre 1953

18. DIETHELM L.

Sur le diagnostic différentiel des tumeurs bénignes de l'estomac.
J. de Chirurgie 1938, 54, 389

19. EKLOF O.

Benign tumors of stomach and duodenum.
Acta. Chir. Scand. suppl. 1956, 291

20. FEKETE F.

Tumeurs bénignes de l'estomac.
Encyclopédie médico-chirurgicale, 1959, n° 10, 9026 A. 10

21. FOUQUES Ph.

Les schwannomes gastriques.
Thèse Clermont-Ferrand, 1961

22. GENTAZ R.

Un schwannome gastrique de diagnostic difficile.
Journal de Radiologie et d'Electrologie. T. 44, 1963, n° 11, 718

23. GRIMOUD M., GEDEON A., MALECAZE A. et CUEVAS E.

Deux observations de lipomes gastro-duodénaux.
Arch. Mal. App. Dig. 1961, V. 50, 495-498

24. GURMACK R.

Tumeur pédiculée implantée sur le versant pylorique de l'estomac prolabée dans le bulbe.
Fortscha Röntgenst., 1930, bd XLI, M.5

25. GUTMANN R.A.

Syndromes douloureux de la région épigastrique. T.I.

26. HAY L.J.

Polyps and adenomas of the stomach.
Surgery, 1953, 33-446

27. HENRY J.

Etude des schwannomes et de leur dégénérescence.
Thèse Paris, 1961

28. HILLEMANT P.

Maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodénum.
Flammarion, 612-632

29. HOEFFEL J. Cl. et BISMUTH V.

Intérêt de la radiologie dans le diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac.
France Méd., 1962, 25 (10), 507-519

30. KALOKERINOS J.

Gastro-camera and barium studies of the normal convergence of folds in the gastric fundus and the features distinguishing this from ulceration.

Aust. Radiol. 1969, 13, 173-177

31. LE ROY A., BLANC P. et HENRY J.

Etude analytique des schwannomes digestifs. A propos d'une statistique.

J. Chir. 1962, 683-708

32. LEROY Cl.F.

Les schwannomes de l'estomac.

Thèse Paris, 1953

33. LEHMAN M.

Les schwannomatoses gastro-intestinales dans le cadre de la maladie de Recklinghausen.

Thèse Lyon 1952

34. LINSMAN J.F.

Gastric ulcers simulating intramural, extramucosal tumors (3 cas).

Amer. J. Roentgen. 1967, 101, 421-424

35. MINATCHY M.

Contribution à l'étude des schwannomes du tube digestif.

Thèse Toulouse, 1962

36. MOUSSALEM R.

Les lipomes gastriques.

Thèse Lyon, 1962 (bibliographie)

37. MURAT J., DELORME D., FEROLDI V. et GUILLET R.

Les tumeurs myoïdes de l'estomac.

Lyon méd. 15 Mars 1970, 223, n° 11, 609-619

38. NASIO J.

Radiological diagnosis of gastroduodenal ulcer.
(Hospital Rio) 1960, 57, 427-456

39. PALAZZO W.L.

Lipomas of the gastro-intestinal tract.

Am. J. Roentgenol. 1949, 62, 823

40. PORCHER P., BOURDON R., FENOILL P. et BISMUTH V.
Tumeurs bénignes de l'estomac.
Encyclopédie médico-chirurgicale, Radiodiagnostic 1963,
E. 10, 33.120
41. PYL'TSOV I.M.
Diagnostic radiologique du lipome de l'estomac.
Klin. Med. (Moscou) 1968, 46, 132-133
42. RIVIT P.
Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du duodénum.
Thèse Lille, 1948
43. ROBERTE-JASPAR A.
Tumeurs bénignes de l'estomac.
Thèse Paris, 1950
44. SALLET J., DUBOST et MAURAT J.P.
Lipome gastrique invaginé dans le duodénum.
Arch. Mal. App. Dig. 1955, n° s 7-8, 914
45. SALMELA H.
Caractéristiques radiographiques des tumeurs mésenchymateuses de l'estomac (59 cas).
Ann. Clin. Res. 1969, 1, 57-63
46. SEILE G.
Un cas de schwannome gastrique.
Confr. Radioanatomoclin. Presse méd. (suppl.) 27 Février 1960, 68, 14
47. SLADKOVITCH V.S.
On lipomas of the stomach.
Vestn. Roentgenol. Radiol., Mai-Juin 1962, 37, 66-67
48. TURKINGTON R.W.
Lipome gastrique (revue).
Amer. J. Dig. Dis., 1965, 10, 719-726
49. VARAY A.
Précis de gastro-entérologie.
Masson, 1966, 284-291
50. VOILQUIN J.P.
Contribution à l'étude des lipomes gastroduodénaux (A pro-

pos d'un cas de lipome gastrique prolabé dans le duodénum).
Thèse Paris, 1955 (bibliographie)

51. WELCH Cl. E.

Polypoid lesions of the gastrointestinal tract.
Philadelphia-London. W.B. SAUNDERSCO (major problems
in clinical surgery 2), 1964.

